

Из этих данных видно, что индекс АПИ падает у пациентов в 2 раза, а после лечения возвращается к норме. Поскольку этот индекс отражает состояние одной из защитных систем организма, то, следовательно, лецитин-кальциевый комплекс в виде препарата «Лецитин-2» обеспечивает восстановление защитных систем организма.

#### **Выводы**

1. У пациентов с множественным кариесом зубов наблюдаются явления дисбиоза полости рта, наличие признаков воспаления, снижение уровня защитной антиоксидантной системы и снижение концентрации кальция в ротовой жидкости.

2. Прием в течение месяца лецитин-кальциевого комплекса полностью устранило явления дисбиоза и воспаления, повысило до нормы уровень антиоксидантно-прооксидантной системы и концентрацию кальция в ротовой жидкости.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Волкова, О. С. Изучение клинической характеристики структуры кариозных поражений и ее зависимости от состояния гигиены полости рта у студентов стоматологического факультета ХНМУ / О. С. Волкова // Вісник проблем біології та медицини. — 2016. — Т. 2 (127), Вип. 1. — С. 218–224.
2. Экспериментальне вивчення дії та специфічної ефективності засобів для догляду за порожниною рота: метод. рек. / авт.-сост. Т. П. Терешина [та інш.]. — Київ: Изд-во ДФЦ МОЗУ, 2003. — 42 с.
3. Левицкий, А. П. Саливация у здоровых лиц разного возраста и у стоматологических больных / А. П. Левицкий, О. А. Макаренко, Л. Н. Россаханова // Вісник стоматології. — 2005. — № 2. — С. 7–8.
4. Ферментативный метод определения дисбиоза полости рта для скрининга про- и пребиотиков: метод. рек. / авт.-сост. А. П. Левицкий [и др.]. — Киев: Изд-во ГФЦ, 2007. — 22 с.
5. Антиоксидантно-прооксидантний індекс сироватки крові щурів з експериментальним стоматитом і його корекція зубними еліксирами / А. П. Левицький [и др.] // Одеський медичний журнал. — 2006. — № 6. — С. 22–25.

**УДК 618.9-006.6-08**

### **РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ**

*Воронова Т. В., Леонков А. Л., Белоус А. Н.,  
Семёнов А. В., Василенко И. Э.*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Рак молочной железы (РМЖ) по частоте встречаемости в популяции занимает 3 место среди злокачественных опухолей после рака легкого и рака желудка, в структуре онкологической заболеваемости женского населения РМЖ занимает 1-е место. Статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости РМЖ в разных странах, в том числе и в Беларуси, где показатели заболеваемости находятся в пределах 40–50 на 10 тыс. женского населения. В структуре онкопатологии у женщин Республики Беларусь РМЖ составляет 17,6 %. При этом основной прирост заболеваемости приходится на возрастную группу старше 60 лет. Хирургическое лечение является ведущим среди известных методов радикального лечения РМЖ [1]. От классической операции по Halsted-Meyer, которая в течение длительного времени была основной в хирургическом лечении РМЖ, в середине 20 века перешли на функционально-щадящие мастэктомии [1]. В связи с актуальностью данной проблемы в последние годы широко стали применять экономные, органосохраняющие операции (ОСО): секторальную резекцию, квадрантэктомию, лампэктомию [1] (В. Ф. Семиглазов, 2008). Наиболее эффективной органосохраняющей операцией остается радикальная резекция молочной железы (МЖ) [4]. Так как в угоду эстетике нельзя пренебрегать онкологическим радикализмом, примерно у 2/3 пациентов после ОСО наблюдаются деформации молочной железы. Выходом из создавшейся ситуации может быть освоение и широкое применение реконструктивных операций в хирургическом лечении РМЖ, которые позволяют выполнить

резекцию больших объемов железистой ткани и remodelировать форму МЖ. Перераспределение массива тканей МЖ может быть достигнуто с помощью ротационных лоскутов, а также адаптационных мастопексий и масторедукций [1]. Важным фактором, влияющим на выбор техники операции, является локализация опухоли. Самой благоприятной зоной молочной железы в плане достижения эстетичных результатов является верхне-наружный квадрант молочной железы. В данной области возможно проведение одной из самых простых в техническом выполнении реконструктивных операций — радикальной резекции с ротацией сосково-ареолярного комплекса [4]. Данная операция впервые была описана в ФГБНУ «РОИЦ им. Н. Н. Блохина» в 1978 г. [5]. Показания к выполнению щадящего хирургического вмешательства авторы обуславливают особенностями клинического проявления опухоли. Главную роль играет локализация опухоли в наружных квадрантах молочной железы, расположенной не менее чем на 3 см от соска. При радикальной резекции частично сохраняется молочная железа и не нарушаются основные принципы классической радикальной мастэктомии в отношении регионарных лимфогенных зон [3].

### **Цель**

Оценка результатов органосохранного лечения пациенток, страдающих РМЖ. Для достижения цели поставлены следующие задачи:

- 1) проанализировать течение раневого процесса;
- 2) исследовать частоту и структуру послеоперационных осложнений;
- 3) оценить косметический эффект.

### **Материал и методы исследования**

Проанализированы результаты 40 радикальных резекций с ротацией дермогландулярного комплекса, выполненных в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере в 2017 г. Все операции выполнялись одним и тем же коллективом хирургов, в послеоперационном периоде проводилось противовоспалительное лечение. Методы исследования включали клинический осмотр, оценку рубца по шкале Hollander Wound Evaluation Scale (HWES), субъективную оценку отдаленных косметических результатов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Клинический осмотр в послеоперационном периоде проводился ежедневно, включал оценку местной воспалительной реакции, расхождение краёв раны, неровность контуров, инверсию краев, длительность лимфореи. Возраст пациенток варьировал от 34 до 69 лет (средний возраст составил 48 лет). У 35 (87,5 %) пациенток опухоль локализовалась в верхне-наружном квадранте. В 5 (12,5 %) случаях опухоль располагалась в верхне-внутреннем квадранте. В процессе обследования были установлены следующие стадии: 1 стадия — 21 (52,5 %); 2а стадия — 12 (30 %); 2б стадия — 7 (17,5 %). Единичное метастазирование в аксиллярные лимфатические узлы N1 наблюдалось у 11 (27,5 %) пациенток.

Описание операции: на первом этапе операции из двух полуовальных разрезов рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, ткань молочной железы, отступив от краев опухоли не менее 3 см. Дезэпителизируют участок кожи вокруг ареолы. Верхний и нижний лоскуты молочной железы перемещают на место дефекта, моделируя форму железы послойными швами. Фиксируют ареолу в новом положении. При расположении опухоли в наружных квадрантах молочной железы радикальная резекция выполнялась из одного разреза в радиальном направлении с продолжением в подмышечную область. При медиальной локализации опухоли оперативное вмешательство выполнялось из двух разрезов: квадрантэктомия в радиальном направлении с выполнением лимфодиссекции из дополнительного разреза в аксиллярной области. Сведения о течении раннего послеоперационного периода и отдаленных результатах операции разрозненны и немногочисленны. Ранний послеоперационный отек верхней конечности на стороне операции 1 степени выраженности был отмечен только у 1 (2,5 %) пациентки. Ни у одной из оперированных пациенток не было таких послеоперационных осложнений, как кровотечение, нагноение, лимфорея, краевой некроз. У всех пациенток рана зажила первичным натяжением (100 %). Срок эпителизации рубца составил от 7 до 10 суток. Для оценки косметического результата использовали шкалу HWES и ВАШ. HWES

предусматривает оценку рубца по 6 критериям. Результат 6 баллов расценивается как отличный, 5 баллов — хороший. Средняя оценка в коллективе — 5,75. Число пациенток с результатом 6 баллов — 30 (75 %), 5 баллов — 10 (25 %), суммарная доля отличных/хороших результатов — 40 (100 %). Согласно ВАШ, определение эффекта оперативного лечения проводится самим пациентом по 100-балльной шкале. Отличными считаются оценки более 65 баллов, хорошими — 50–65 баллов. Число пациенток с результатом 65 и более баллов — 29 (72,5 %), 50–64 балла — 11 (27,5 %). Среди опрошенных 40 женщин к повседневной бытовой работе вернулись в течение первого месяца 39 человек. У одной пациентки функциональная реабилитация продолжалась в течение 2 месяцев в связи с преходящей лимфедемой верхней конечности. Жизнь в семье после оперативного лечения практически у всех пациенток не изменилась. В браке состояли 36 из 40 (90 %). Семейные отношения сохранились у 36 (100 %).

#### **Выводы**

1. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением наблюдалось у 40 (100 %) пациенток.
2. Осложнение раннего послеоперационного периода в виде преходящей лимфедемы верхней конечности наблюдалось лишь в 1 (2,5 %) случае.
3. Операция позволила добиться приемлемых косметических результатов у 40 (100 %) пациенток.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Давыдов, М. И. Рак молочной железы / М. И. Давыдов, В. П. Летягин // АБВ-пресс. — 2006. — С. 100–130.
2. Семиглазов, В. Ф. Хирургическое лечение рака молочной железы / В. Ф. Семиглазов // Практическая онкология. — 2001. — Т. 3, № 1. — С. 21–28.
3. Comparative morbidity of axillary lymph node dissection and the sentinel lymph node technique: implications for patients with breast cancer / A. W. Silberman [et al.] // Ann. Surg. — 2004. — Vol. 240. — P. 1–6.
4. Онкопластическая резекция молочной железы скользящим дермоглангулярным лоскутом с Z-образным разрезом / Research Practical Medicine Journal. — 2017. — P. 68–74.
5. Лактионов, К. П. Выбор метода реконструктивных операций при РМЖ / К. П. Лактионов, С. Н. Блохин, В. А. Котов. — М.: РОНЦ им. Н. Н. Блохина, 2004. — С. 143.

#### **УДК 578.8**

### **ВИРУСЫ TTV И SENV: ВЫЯВЛЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ**

**Воропаев Е. В.<sup>1</sup>, Осипкина О. В.<sup>1</sup>, Мицура В. М.<sup>1</sup>,  
Зятыков А. А.<sup>1</sup>, Терешков Д. В.<sup>2</sup>, Скуратов А. Г.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная инфекционная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Вирусные гепатиты — одна из самых актуальных проблем современной медицины, так как является наиболее массовой вирусной инфекцией человека. Одна из особенностей современного периода распространения инфекций — увеличение доли микст-форм (сочетанных форм) различной этиологии. Инфицированность двумя и более вирусами гепатита, а также инфицированность гепатитом и вирусом иммунодефицита человека, ухудшает прогноз заболевания, качество жизни пациентов, наносит огромный экономический ущерб. Сочетанные формы вирусных гепатитов возникают в результате одновременного внедрения в организм человека двух и более гепатотропных вирусов (ко-инфекция) и при наслоении одной инфекции на другую (суперинфекция). Выявление микст-инфекций стало возможно благодаря расширению диагностических возможностей. В 1997 г. у пациентов с посттрансфузионным гепатитом неизвестной этиологии обнаружен новый вирус, получивший название TTV (transfusion-transmitted virus — вирус, передающийся при трансфузии крови, *Torque teno*